

Nome do Paciente:

Nº do Atendimento:

Idade:

Data Internação:

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com a realização de CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPOSPADIA em dois tempos cirúrgicos, como forma de tratamento da HIPOSPADIA PENIANA OU PENO-ESCROTAL.

Como resultado desta operação, meu filho poderá ter a necessidade de permanecer com um cateter na uretra ou na uretra e bexiga para drenagem da urina. Estou ciente que serão necessários dois procedimentos cirúrgicos, pois assim é o planejamento desta técnica e que o resultado final somente poderá ser avaliado após a execução da segunda intervenção cirúrgica. Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes: deiscência dos pontos da sutura; necrose da pele e da glândula; hematoma, edema e linfedema; possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento; fístula uretral requerendo novo tratamento cirúrgico; estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos; aparecimento tardio de pelos na uretra podendo causar distúrbios urinários e/ou formação de cálculos; não há garantia absoluta da cura da hipospádia, podendo haver necessidade de outros procedimentos cirúrgicos posteriores.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado. Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento. O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar a hipospádia, mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Correção Cirúrgica da Hipospádia em um dois tempos é a melhor indicação neste momento para o tratamento de meu filho. Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

ESPAÇO RESERVADO PARA SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL_____
Assinatura do Paciente ou Responsável_____
RG_____
Assinatura do médico/CRM e Carimbo

Teófilo Otoni _____ de _____ de _____